DE LA

DYSENTERIE DES PAYS CHAUDS

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES MALADIES DU FOIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 8 Août 1883

Par M. J. SARRAZIN

MÉDECIN DE LA MARINE

TOULON

TYPOGRAPHIE A. ISNARD & Cie

Boulevard de Strasbourg, 56.

—

1883

DE LA

DYSENTERIE DES PAYS CHAUDS

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES MALADIES DU FOIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 8 Août 1883

Par M. J. SARRAZIN

MÉDECIN DE LA MARINE

TOULON

TYPOGRAPHIE A. ISNARD & Cie

Boulevard de Strasbourg, 56.

—

1883

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0050

A MA FAMILLE

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CASTAN

Pendant l'épidémie de fièvre jaune qui sévit à la Guadeloupe de novembre 1879 à janvier 1882, il se déclara parmi les troupes cantonnées aux baraquements du Matouba (600 mètres au-dessus du niveau de la mer) une épidémie de dysenterie qui emporta 15 hommes en 3 mois.

Presque tous les malades nous présentèrent des phénomènes du côté du foie. Nous eûmes l'idée de chercher les relations de cause à effet entre ces deux maladies : Dysenterie et Hépatite. Ces recherches nous amenèrent à cette conclusion, que la plupart des dysenteries que nous avions sous les yeux, reconnaissaient pour cause un fonctionnement défectueux de la glande hépatique et spécialement de l'appareil biliaire.

C'est le résultat de ces observations que nous venons soumettre à nos juges.

Nous essayerons donc de démontrer, 1° qu'un certain nombre de dysenteries reconnaissent pour cause le mauvais fonctionnement de la glande biliaire ; 2° nous essayerons de rendre compte physiologiquement des relations qui unissent ces deux affections ; 3° enfin nous conclurons que, dans ces sortes de dysenteries, le traitement doit surtout chercher à rétablir les fonctions de l'appareil biliaire.

DE LA

DYSENTERIE DES PAYS CHAUDS

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES MALADIES DU FOIE

I. — Un certain nombre de dysenteries reconnaissent pour cause le mauvais fonctionnement du foie.

En faisant des recherches dans les auteurs, j'ai remarqué que ce n'était pas la première fois que cette idée était émise. Mais on l'émettait plutôt pour la réfuter que pour l'établir. Aussi, trouve-t-on dans les auteurs, des explications, des théories, sur les rapports qui existent entre l'hépatite et la dysenterie, cette dernière étant considérée comme maladie primitive, tandis que ces mêmes auteurs tout en reconnaissant qu'il y a des hépatites qui précèdent la dysenterie, se contentent d'indiquer le fait.

Jacoud *(Path. int.* Tom. II, p. 414) s'exprime ainsi :

« Dans le plus grand nombre de cas, l'hépatite est produite par métastase, c'est-à-dire par la pénétration dans la veine porte de particules nocives provenant de quelque altération ulcéreuse et nécrosique. Le plus ordinairement, la lésion générative occupe les organes dont les veines appartiennent au système porte. L'ulcération dysentérique est le type du genre. Des molécules gangréneuses ou putrides, pénètrent dans les radicules des veines mésaraïques, passent dans la veine porte et s'arrêtent dans les capillaires hépatiques, où elles produisent par

contact une inflammation suppurative. Le processus est en somme celui des embolus spécifiques. »

Telle est la théorie séduisante de l'hépatite suite de dysenterie. Mais on pourrait faire l'objection suivante :

Pourquoi dans les lésions intestinales graves de la dothienenterie, de la phthisie, du cancer, ne se produit-il jamais d'abcès de foie ? Pourquoi le foie est-il le seul lieu d'élection de ces abcès migrateurs ?

Quelques lignes plus loin, l'auteur ajoute : « Ce qui est bien certain, en revanche, c'est que dans quelques cas, le génèse par métastase, est absolument inadmissible, *par la raison que l'hépatite précède la dysenterie*. Il faut admettre avec Morchéad que les deux maladies sont les effets d'une même cause, le climat et l'endémie. » Ici, pas un mot d'explication. Constatons cependant l'aveu d'une hépatite précédant la dysenterie.

Grisolles à l'art. Dysenterie *(Path. int.* Tom. I, p. 252*)* s'exprime ainsi : « Parmi les complications qui peuvent survenir, une des plus graves et des plus fréquentes est sans contredit l'hépatite..... M. Cambay a consacré un chapitre important de son livre à la dysenterie avec complication hépatique. Pour ce médecin distingué, la maladie du foie surviendrait de trois manières différentes : tantôt la dysenterie existe primitivement, et donne naissance à l'affection du foie ou en est suivie ; *ou bien c'est celle-ci qui préexiste et c'est au contraire la dysenterie qui arrive comme complication.* Parfois, enfin, ces deux maladies naissent simultanément. »

Le même auteur à l'art. Hépatite (Tom. I, p. 263) revenant sur le même sujet dit : « On a tort de considérer la dysenterie et l'entérocolite comme précédant ordinairement l'hépatite, il n'en est rien. » MM. Cambay et Hospel ont reconnu, au contraire, que l'hépatite primitive était plus commune.

Zimmermann explique la dysenterie par l'action de la bile péchant soit par la qualité, soit par la quantité.

Gonzelis dit que la bile altérée primitivement occasionnerait l'in-

flammation intestinale et de préférence celle du gros intestin, parce qu'elle y séjourne davantage.

Anneslay place parmi les causes de la dysenterie dans l'Inde les désordres fonctionnels et les maladies du foie.

Les médecins hollandais de Demerary au dire de Segond, considéraient la dysenterie comme une obstruction du foie, la muqueuse gastro-intestinale étant irritée consécutivement par une bile corrosive.

Pour Combay la dysenterie précède l'hépatite dans 1/20 des cas seulement. Il s'élève contre l'opinion de ceux qui prétendent que toujours l'hépatite était précédée de diarrhée ou de dysenterie.

Barralier restreint le plus possible le rôle de la bile comme cause de dysenterie, mais cependant le reconnait en ces termes : « Les maladies du foie sont susceptibles dans quelques circonstances, du reste très limitées, de déterminer l'apparition de la dysenterie ; on doit invoquer *surtout l'altération de la bile.* » Il est certain, en effet, qu'elle ne se trouve pas dans les évacuations dysentériques confirmées et que, lorsqu'elle s'y montre, sa présence annonce une amélioration plus ou moins notable. Les travaux de Buisson ont démontré l'action réelle de la bile sur les actes morbides qui se passent dans le tube digestif ; il résulte de ses expériences que, lorsqu'une grande quantité de bile arrive dans l'intestin, les déjections sont troublées et que les malades sont pris de coliques et de diarrhées ; quand des faits contraires se produisent, il y a dischólie ou acholie, les intestins grêles ne fonctionnent plus.

Bourgarel dit : « L'hypérémie du foie complique en effet très souvent la dysenterie en Cochinchine, plus souvent même qu'on ne le croit généralement. J'étais arrivé, vers la fin de mon séjour, à admettre que le foie était hypérémié dans l'immense majorité des cas de dysenterie aigüe grave et de dysenterie insidieuse. »

L'observation n° 1 du nommé Besnard, n'est pas à proprement parler une observation de la dysenterie hépatique, car il n'y a pas eu de dysenterie, les selles sanglantes ayant fait défaut. Il me paraît cependant que je dois la rattacher à ce sujet. L'observation des faits, nous

montre que nous avons eu affaire à une congestion de foie accompagnée de diarrhée. C'est pour nous le premier échelon de la maladie qui nous occupe.

Nous notons, en effet, chez ce malade, un point très douloureux à la région hépatique, en même temps qu'une diarrhée abondante. Les selles sont muqueuses, décolorées, et nous sommes convaincus que si la maladie a été conjurée, c'est grâce à la médication qui a été faite.

Dès son arrivée, on a en effet agi directement sur le foie en appliquant un vésicatoire, en donnant le calomel. On a rétabli ainsi les fonctions biliaires et la dysenterie a été prévenue. Il n'en reste pas moins ce fait que la maladie a débuté par une douleur du côté de la région hépatique. Ce fait vient s'ajouter à ceux que j'ai déjà cités pour démontrer ma première proposition.

L'observation n° 2 du nommé Pinaud est bien plus concluante. Ici, il ne peut y avoir le moindre doute. Au début et avant que le malade eut la diarrhée, il y a eu un point hépatique douloureux. Ce n'est que plus tard que le malade a eu des selles liquides, séreuses et décolorées et enfin plus tard des selles sanglantes.

Nous constatons ici les mêmes phénomènes que nous avons déjà observés chez le malade n° 1 ; seulement, ici, la maladie a fait un pas de plus, et nous trouvons la dysenterie.

Dans cette observation c'est la congestion hépatique qui a débuté. Il ne peut y avoir le moindre doute. Nous aurons plus tard d'autres enseignements à tirer de cette observation.

L'observation n° 3 du nommé Noël, ne nous paraît pas moins concluante. Cet homme a été atteint d'une affection de foie 7 ou 8 mois avant d'être atteint de dysenterie et, c'est à la suite d'une nouvelle atteinte du côté de cet organe, que se sont montrées d'abord les selles diarrhéiques, puis des selles sanglantes. C'est encore la même marche dans les phénomènes morbides.

Notons en outre que ce malade a été traité d'une façon différente de ceux qui précèdent et on peut constater dans l'observation que les sel-

les ont mis plus de temps à se modifier que dans le cas précédent et en outre qu'il y a eu une rechute qui a retardé la guérison.

Il nous parait donc bien établi qu'il y a des dysenteries qui surviennent à la suite d'une maladie de l'appareil biliaire ; les faits qui précèdent nous paraissent concluants. Nous aurions pu certainement recueillir des observations plus nombreuses, si les exigences du service au milieu d'une épidémie avaient pu nous le permettre. Mais pourtant que de malades qui ont vu survenir des dysenteries, que nous pourrions rattacher à notre sujet, sans que leur attention ait été appelée du côté du foie. Une légère douleur dans l'hypocondre droit, on y prend à peine garde ; on ne va trouver le médecin que quand on voit du sang dans les selles, et souvent les malades ne parleraient pas de cette douleur hépatique si on n'attirait pas leur attention de ce côté.

II. — Comment expliquer qu'une maladie du foie amène une dysenterie.

Nous croyons avoir suffisamment démontré dans la première partie de ce travail qu'il existait entre ces deux faits morbides : congestion du foie d'un côté et dysenterie de l'autre une relation de cause à effet et que, pour nous, c'était le foie qui était la cause de la dysenterie. Il n'entre nullement dans notre esprit, de nier les abcès du foie, ou même les hépatites survenues à la suite des dysenteries. Mais nous croyons qu'un grand nombre de ces dernières procèdent du foie, et que c'est à lui qu'il faut s'adresser pour les guérir.

Essayons de donner une explication : M. le docteur Talmy est le seul médecin, à ma connaissance, qui ait essayé de donner une explication des rapports de la dysenterie avec les maladies du foie, ces dernières étant considérées comme cause. Je ne sais s'il a complètement réussi, mais, en tout cas, on ne peut lui contester le mérite d'avoir tenté une explication physiologique.

Dans son travail sur la diarrhée endémique des pays chauds, M. Tal-

my dit que tout en admettant comme incontestables les lésions anatomiques depuis longtemps signalées de l'intestin dans cette maladie, il ne croit pas devoir rapporter à ces lésions seules la diarrhée ou la dysenterie chronique.

« La bile, dit-il, ne joue-t-elle pas un rôle, non plus que l'organe qui la fournit ? Cet organe qui est à peu près constamment malade dans la dysenterie de l'aveu de tout le monde, cette bile dont la présence est indispensable à une bonne digestion, et que nous voyons manquer complètement dans notre diarrhée endémique, cette bile qui, dès que nous en provoquons l'afflux ou la formation par des médications ou une alimentation convenables, change aussitôt la face de la diarrhée.

« En outre, ajoute-t-il, et c'est ici que commence sa théorie, les auteurs nous apprennent que le foie est une des sources les plus abondantes de glycose ; n'est-on pas en droit d'admettre que la production du sucre ou sa formation au sein de l'économie, puisse par suite d'une lésion du foie, être supprimée, que par suite de l'altération des liquides de l'organisme, l'action des ferments ne se fait plus sentir sur les matières amylacées, partant plus de sucre absorbé, alimentation insuffisante et mort inévitable au bout d'un certain temps. De là, il admet l'hypothèse d'une aglycosie qui se produirait, soit par la destruction du ferment dans le sang, soit plutôt par une lésion hépatique altérant la production glycogénique du foie et par suite, viciant la production de toutes les sécrétions se déversant dans le tube intestinal, d'où, absorption presque nulle. Bref, dit-il, l'intestin cesse de fonctionner, moins parce qu'il est malade, que parce que le mauvais fonctionnement du foie et la diminution du sucre ont amené une perturbation profonde dans la qualité des liquides secrétés dans l'intestin, tous liquides destinés à agir sur les aliments et à les transformer en matières absorbables. »

Telle est la théorie que présente M. Talmy, théorie rationnelle, théorie physiologique. Il n'entre pas dans notre esprit de la réfuter, nous voudrions y ajouter quelque chose. Il nous semble que l'auteur, après

avoir effleuré la question de la bile dans la citation faite plus haut, la laisse ensuite trop de côté, qu'il fait jouer à la production du sucre dans l'économie un rôle trop considérable. On voit cependant, en lisant cette thèse que l'auteur a bien cette préoccupation constante du rôle biliaire. Il parle souvent de la décoloration des selles, de l'odeur infecte des selles, due à la suppression de la bile. Il dit après Trousseau que la bile de bœuf convient aux alcooliques parce que ceux-ci ayant une maladie de foie font peu de bile, d'où le succès de celle qui vient du dehors. Puis, il laisse de côté cette bile, tout l'appareil biliaire en ne s'occupant que des fonctions glycogéniques du foie. C'est cette lacune que nous voudrions essayer de combler. Nous voudrions élever une hypothèse, à côté de la sienne, et essayer de la compléter. Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de la tâche, nous savons combien est glissant le terrain des hypothèses. Aussi, nous hâtons-nous d'ajouter, que si nous n'arrivons pas au but ou si nous le dépassons, nous nous déclarerons heureux si nous avons amené nos collègues à creuser eux-mêmes la question et à examiner attentivement le foie, lorsqu'ils se trouveront en présence d'une diarrhée ou d'une dysenterie dans les pays chauds.

Nous n'avons pas ici l'intention de faire l'étude de la bile, pas plus que de l'appareil biliaire, non plus que d'entrer dans la discussion des différentes théories qui ont été émises au sujet de ce liquide. Nous nous contenterons d'énoncer les faits généralement admis et sur lesquels nous essayerons de baser notre hypothèse. On a dit que la bile émulsionnait les graisses, les dédoublait même et favorisait ainsi leur absorption ; que la bile étant alcaline et le chyme acide, ces deux liquides se neutralisaient. Une autre hypothèse enfin, admet que la bile est un liquide qui s'oppose à la fermentation du contenu intestinal. Pour nous, nous admettons plus volontiers la théorie de Küss pour lequel la bile servirait essentiellement à renouveler le revêtement cellulaire de l'intestin, à aider à la chute des anciens éléments et à la restauration des nouveaux. Nous allons expliquer cette théorie aussi brièvement que possible.

Tout d'abord, il est un fait incontestable et qui me semble prouver

que la bile n'agit pas sur les produits de la digestion, c'est que la bile n'arrive dans l'intestin que lorsque l'absorption est terminée (7 ou 8 heures après l'ingestion des aliments). Que s'est-il passé? Comment s'est produite cette absorption? On s'accorde généralement à admettre que l'absorption intestinale n'est autre chose qu'un phénomène de diffusion. Mais cette diffusion ne peut se faire que tant que l'épithélium qui forme barrière entre l'organisme et les liquides déposés à la surface permet et facilite ces passages. Comment donc se comporte l'épithélium intestinal pendant ces phénomènes? Nous savons que la muqueuse intestinale pour multiplier les contacts avec les matières à absorber, forme de nombreux plis, tels que les valvules conniventes et surtout les villosités. Les villosités se composent d'un revêtement de cellules épithéliales insérées sur le sommet de la villosité et qui sont en contact avec des cellules plus petites, germes de futures cellules cylindriques. Au dessous se trouve le corps de la villosité qui se compose d'un tissu connectif embryonnaire. C'est dans ce tissu que se trouvent deux systèmes vasculaires, c'est d'abord le lacis des vaisseaux sanguins placés dans toute l'épaisseur et surtout vers la superficie, où il est presque en contact avec l'épithélium. Au dessous se trouve un canal central extrémité d'un chylifère qui se termine vers le sommet du corps de la villosité.

Au contact du liquide dilué par le suc gastrique, on voit la muqueuse devenir blanche, plus épaisse, plus résistante, et ces phénomènes tiennent, en y regardant de plus près, à un changement survenu dans l'épithélium. Ces cellules épithéliales, se gonflent, s'érigent, deviennent blanchâtres et on peut constater que ce phénomène est dû à un grand grand nombre de gouttes de graisse placées dans son intérieur. Mais nous savons que toute cellule contient de la graisse dissimulée, il est vrai, mais qui devient libre et visible sous l'influence d'une transformation intime qui est comme le signal de la mort de la cellule. Il est donc probable que le cylindre épithélial est près de sa fin et tombe en ruine et qu'il s'opèrera une véritable mue épithéliale de la muqueuse, ce qui arrive en effet.

Cet aspect blanchâtre, cette turgescence qui commence vers la base

libre de l'épithélium, finit par envahir le corps de la villosité dont le sommet se transforme en une grappe de gouttelettes graisseuses qui gagnent la base de la villosité. En somme, nous avons assisté à un phénomène de passage. L'épithélium s'est gorgé du produit de la digestion avec lequel il était en contact, l'a transmis aux éléments globulaires du corps de la villosité. La pénétration a eu lieu, il suffit désormais d'un phénomène de diffusion pour que le sang absorbe les liquides avec lesquels il est en contact immédiat.

Après avoir transmis au tissu de la villosité les liquides absorbés et notamment la graisse, l'épithélium se fane et il tombe en débris. A la place de l'épithélium tombé en ruines, on trouve de jeunes éléments cellulaires prêts à le remplacer.

Cette théorie avait été admise par Claude Bernard. « Je suis porté à croire, dit-il, (Physiologie générale, notes 1872) d'après mes expériences, qu'il y a à la surface de la membrane muqueuse intestinale, une véritable génération d'éléments épithéliaux, qui attirent les liquides alimentaires, les élaborent et les versent ensuite par une sorte d'endosmose dans les vaisseaux. » Plus loin il ajoute : « Les cellules qui sont à la surface de l'intestin s'atrophient très rapidement quand elles sont soustraites au travail digestif. J'ai vu par exemple qu'en isolant une anse intestinale de façon à ce que les aliments n'y passent plus, il y a une atrophie rapide de la membrane muqueuse, bien que la circulation continue à s'y faire d'une façon normale. »

Voilà comment s'opère l'absorption. Il y a une mue intestinale. C'est à ce moment que la bile est versée dans le canal intestinal. Quel rôle va-t-elle jouer ?

De ces faits, de celui bien connu que la bile dissout très vite tous les éléments cellulaires, et enfin de cette circonstance que la plus grande activité de la desquamation intestinale coïncide avec le contact de la bile, n'est-on pas autorisé à conclure que l'arrivée et l'action de la bile sont en rapport avec cette chute des épithéliums ? La bile servirait à renouveler le revêtement cellulaire, à aider à la chute des anciens éléments et à la

restauration des nouveaux. Elle reconstitue de nouveaux organes épithéliaux prêts pour un fonctionnement semblable.

On le voit, cette théorie vient s'ajouter à celle de M. Talmy pour démontrer qu'il y a en effet une alimentation insuffisante. Seulement, outre l'aglycosie dont parle M. Talmy, il y aurait un manque d'absorption de la part de l'intestin. Cet épithélium qui est indispensable pour le fonctionnement des phénomènes de l'absorption, n'étant plus renouvelé par le flux bilieux, ne pourrait plus fonctionner. L'absorption serait ainsi diminuée dans des proportions notables et cette diminution s'ajouterait aux causes données par M. Talmy. Ainsi pourraient s'expliquer cette alimentation insuffisante et cet amaigrissement si considérable dans les dysenteries. Le malade ne recevant rien de l'extérieur, se consommerait lui-même, jusqu'au moment où il mourrait d'une véritable inanition.

Il y a plus, ne pourrait-on pas expliquer par cette insuffisance du renouvellement épithélial, dû lui-même à l'insuffisance ou au manque absolu du flux biliaire, ces congestions et ces ulcérations intestinales que l'on trouve à l'autopsie des dysenteriques? Qu'y aurait-il, en effet, d'extraordinaire que cet intestin dont l'épithélium est tous les jours renouvelé, grâce au flux biliaire, et dont maintenant les jeunes cellules épithéliales manquent de l'élément indispensable à leur développement, ne finit par s'ulcérer? Ne trouvons-nous pas là en effet toutes les conditions voulues pour la mortification de ces parties ? D'un côté absorption nulle, insuffisance nutritive, et de l'autre manque absolu ou insuffisance du liquide nécessaire à la restauration des éléments nouveaux, à la végétation de l'épithélium. Cette exfoliation de l'intestin qui se fait tous les jours et qui, dans des conditions normales, trouve immédiatement des cellules jeunes pour remplacer celles qui ont déjà fonctionné, doit amener une perturbation lorsque ces cellules sont privées du liquide nécessaire à leur développement, la bile. Quelle est cette partie de la bile nécessaire, indispensable au fonctionnement normal de l'épithélium intestinal ? Nous n'essayerons pas de la déterminer. Mais, il est certain, qu'après l'absorption, quand cette desquamation épithéliale commence

dans l'intestin, quand les nouvelles cellules vont prendre la place de celles qui ont rempli leur rôle, quand la bile enfin arrive dans l'intestin, ce liquide subit quelques changements. Sa matière colorante se précipite et va se mêler aux fices qu'elle colore. Il en est de même de la cholestérine qui est un produit excrémentitiel ; le reste de la bile semble disparaître dans les parois intestinales et être résorbée, mais non en nature, car on ne retrouve pas ses acides dans le sang ; elle paraît décomposée au moment même où elle pénètre dans la muqueuse intestinale. Il y a là un fait de décomposition qui a lieu au moment même de la desquamation épithétiale et qui parait directement en rapport avec la nutrition et le développement des jeunes cellules épithéliales de l'intestin. Que le liquide, la bile, soit diminuée dans sa quantité, dans sa qualité, ou totalement supprimée et ces cellules jeunes ne pourront arriver à leur entier développement, ne pourront fonctionner, d'où, obstacle à l'absorption. Que ces faits continuent et dans un temps plus ou moins variable, il y aura atrophie, mort de la cellule, puis ulcération du tissu de l'intestin et mise à nu du réseau sanguin. Ainsi s'expliqueront ces diarrhées séreuses et lientériques et plus tard ces selles sanguinolentes qui frappent généralement si fort l'esprit des malades et qui les amènent vers le médecin, alors qu'ils sont déjà atteints depuis longtemps.

Ainsi qu'on le voit, notre explication n'infirme en rien la théorie émise par M. Talmy. Elle s'y ajoute, elle essaye de la compléter. Pour nous, comme pour notre collègue, c'est dans le foie qu'il faut rechercher les causes des dysenteries. C'est là l'organe qu'il faut généralement incriminer. Il y a des dysenteries primitives qui amènent les hépatiques et les abcés du foie ; nous sommes tout disposé à l'avouer. Mais, dans un grand nombre de cas, le foie a été l'organe atteint primitivement, l'organe dont le fonctionnement défectueux a amené la dysenterie, en arrêtant la nutrition. Faut-il incriminer cette aglycosie dont parle M. Talmy ? Faut-il l'attribuer à un défaut d'absorption dû à un changement dans les qualités ou la quantité de la bile ? Nous pensons que ces deux faits ont leur part dans ces phénomènes morbides, mais

ce qui nous paraît acquis dans les deux cas, c'est que c'est dans le foie qu'il faut chercher la cause véritable de la dysenterie. En conséquence, c'est à lui qu'il faudra songer quand on se trouvera en présence d'une diarrhée endémique ou d'une dysenterie dans les pays chauds, il ne faudra jamais négliger son examen et nous ajoutons que c'est à rétablir ses fonctions le plus tôt possible que le médecin devra s'attacher.

III — Le traitement doit surtout chercher à rétablir les fonctions biliaires.

Cette proposition nous paraît découler de la discussion que nous venons de faire de l'origine de la dysenterie. Nous n'insisterons pas sur les moyens employés dans les maladies de l'appareil biliaire. Nous nous contenterons de les indiquer. Ils peuvent être classés en agents externes et agents internes. Les premiers sont les différents révulsifs : ventouses sèches et scarifiées, sinapismes et vésicatoires ; les seconds sont en première ligne le calomel employé depuis longtemps contre la dysenterie, l'ipéca à la brésilienne, la rhubarbe et différents purgatifs.

Nous voici arrivé au bout de notre tâche. L'idée que nous avons poursuivie est surtout de démontrer la nécessité d'examiner le foie quand on se trouve en présence d'une dysenterie et nous sommes convaincu que dans les pays chauds, c'est là qu'on rencontrera souvent la cause de cette maladie.

IV. — Observations.

Observation n° 1. — Besnard Auguste, 23 ans, soldat d'Infanterie de marine.

Cet homme entre à l'hôpital du Camp Jacob, le 17 mai 1880. Il se dit malade depuis 10 jours environ. Facies très amaigri, yeux caves, cernés, peau un peu sèche et pigmentée.

Il y a environ 10 jours, a ressenti un point très douloureux à la

région hépatique. En même temps est survenue une diarrhée abondante, séreuse, décolorée. Deux ou trois jours après, cet homme continuant son service, les selles contiennent des mucosités et du sang. Langue saburrale et jaunâtre ; abdomen souple et non douloureux à la pression. La région hépatique est très sensible. La percussion de cette région nous fait constater une matité dont les dimensions sont les suivantes : ligne sternale 8 centimètres 1/2 ; ligne mammaire 10 centimètres 1/2 ; ligne axillaire 12 centimètres 1/2. Température : le matin, 37° ; soir, 37°,6.

Prescription : Lait 2 litres, tisane albumineuse, calomel 2 grammes, vésicatoire sur la région hépatique.

Le soir le malade se trouve un peu mieux. Selles nombreuses légèrement colorées.

18 mai. Dans la nuit, 6 selles liquides légèrement bilieuses. La douleur de la région hépatique est moins vive. Température : matin, 37°,4. Gencives un peu rouges.

Prescription : Lait 2 litres, tisane albumineuse, calomel 1 gramme. Gargarisme au chlorate de potasse, pansement à sécher du vésicatoire.

Le soir, 3 selles sans modifications. Température : 38°,5. Sulfate de quinine 1 gramme.

19 mai. Facies cholérique, decubitus dorsal, voix éteinte, pommettes rouges, yeux caves, 7 ou 8 selles liquides vertes. Douleur persistante dans le côté droit. Température : 38°,2.

Prescription : Lait 2 litres, tisane albumineuse, macération d'ipéca n° 1.

Soir. Le malade se trouve mieux, 3 selles liquides vertes. Température : 38°,4.

20 mai. Vomissements, pas de selle, abdomen tendu, région hépatique moins douloureuse. Température : matin, 38°,2 ; soir, 38°,6.

Prescription : Eau albumineuse, bouillon, lavement avec 30 grammes d'huile de ricin.

21 mai. Facies meilleur, pas de vomissement, 3 selles bilieuses. Température : matin, 38°,4 ; soir, 37°,8.

Prescription : Bouillon, quart de vin, eau albumineuse, décoction de quinquina 200 grammes.

A partir de ce moment le malade entre en convalescence. Le point hépatique disparaît peu à peu et au bout de quelques jours la percussion faisait reconnaître que le foie avait repris ses dimensions normales. Les selles deviennent normales et le 12 juin le malade mange ce qu'il désire et attend d'avoir encore pris des forces pour être renvoyé à son service.

Observation n° 2. — Pinaud, soldat d'Infanterie de marine. Entre à l'hôpital le 18 mai 1880. Il y a environ dix jours, cet homme a éprouvé une douleur vive dans la région hépatique. Cette douleur persiste mais moins vive au moment de l'entrée à l'hôpital. Deux ou trois jours après survinrent des selles nombreuses, liquides, décolorées. Enfin, hier, selles sanglantes qui décident cet homme à se présenter à la visite.

Au moment de son entrée le malade paraissait déprimé, agité, inquiet. Langue saburrale, coliques très vives, ténesme. L'abdomen n'est ni douloureux, ni tendu. L'examen de la région hépatique fait reconnaître une hypertrophie notable du foie. Température : matin, 37° ; soir, 37°,2.

Prescription : Lait 2 litres, eau albumineuse, calomel 2 grammes, vésicatoire sur la région hépatique.

19 mai. Céphalalgie, nuit bonne ; 7 ou 8 selles dans les 24 heures. Il n'y a plus de sang dans les selles qui sont liquides et bilieuses. Le malade est calme. Pouls et température normaux.

Prescription : Lait 2 litres, eau albumineuse, calomel 1 gramme, pansement à sécher du vésicatoire.

20 mai. Pas de selle depuis hier matin, coliques, peu de douleur à la région hépatique.

Prescription : Lait et eau albumineuse, huile de ricin, 30 grammes, lavement huileux.

21 mai. 14 ou 15 selles bilieuses, prostration, crampes, douleur hépatique très diminuée.

Prescription : Lait et eau albumineuse, potion avec acétate d'ammoniaque 10 grammes, teinture de canelle et rhum.

22 mai. Le malade se trouve beaucoup mieux, 3 selles molles, même prescription.

23 mai. 1 selle consistante. — Soupe, quart de vin, eau albumineuse décoction de quinquina 200 grammes.

A partir de ce moment le malade continue à bien aller. Son état s'améliore chaque jour et le 3 juin le malade reprend son service.

Observation N° 3. — Noël Alphonse, 24 ans, soldat d'infanterie de marine. 30 mois de séjour dans la colonie.

Cet homme entre à l'hôpital le 9 juin pour dysenterie et dès son arrivée, on constate, en effet, du sang dans les selles.

Il y a environ 7 ou 8 mois cet homme a été traité à l'hôpital des Saintes pour une affection du foie. Depuis quelques jours, douleur assez vive à la région hépatique. Selles diarrhéiques décolorées pendant deux ou trois jours. Enfin, depuis hier, selles sanglantes. Malade affaibli, teinte ictérique, langue assez nette, hypertrophie du foie, abdomen souple, non douloureux.

Prescription : Bouillon, eau albumineuse, lait manné à 40 grammes.

10 juin. 6 selles sanglantes dans la nuit. La douleur hépatique persiste.

Prescription : Lait, eau albumineuse, lait manné à 20 grammes.

11 juin. 4 selles presque moulées, mais décolorées et contenant une certaine quantité de sang.

Prescription : Lait, eau albumineuse, potion sulfate de soude 10 grammes, potion laudanum 20 gouttes.

12 juin. 2 selles sans traces de sang, douleur hépatique diminuée. — Lait, 2 œufs, potion sulfate de soude, potion laudanum 20 gouttes.

13 juin. Le malade se trouve fatigué, 2 selles sanglantes, douleur plus vive à la région hépatique, la matité du foie est augmentée de trois centimètres environ.

Prescription : Lait, eau albumineuse, calomel 50 centigrammes, vésicatoire sur le foie.

14 juin. A la visite du matin les selles ne contiennent plus de sang. A la visite du soir, le sang a reparu.

Prescription : Bouillon, soupe. 2 œufs, eau albumineuse, calomel 50 centigrammes à prendre demain matin.

15 juin. La douleur hépatique semble diminuée, 4 selles sanglantes. Bouillon, soupe, eau albumineuse.

16 juin. 3 selles vertes avec quelques gouttes de sang. Prescription : Lait 2 litres, eau albumineuse, sulfate de soude 12 grammes en potion, laudanum 20 gouttes.

Le 17 il y a encore du sang dans les selles, mais dès le lendemain, les selles s'améliorent et à partir du 21 le malade entre en convalescence. Il sort de l'hôpital un mois après sans avoir éprouvé de rechute. Le foie est dans les limites normales.

Observation n° 4. — Cette observation et celle qui suit ne se rattachent à notre travail que d'une façon indirecte. Nous croyons cependant devoir les relater, parce qu'ici l'autopsie a permis de démontrer que les abcès du foie dont nos sujets étaient porteurs ne pouvaient se rattacher à aucune lésion de l'intestin.

Curtet, Claude, artilleur, 24 ans, 17 mois de colonie.

29 mai. Malade depuis deux ou trois jours. Nous présente tous les symptômes d'embarras gastrique. Céphalalgie, inappétence, vomissements, langue saburrale, diarrhée, abdomen souple non douloureux, fièvre. Température : matin, 38°,8 ; soir, 39°,2. Prescription : Bouillon, eau de riz, ipéca 1,50 à prendre demain matin.

30 mai. Même état du malade. Température, matin, 38°,6 ; soir, 39°. Prescription : Bouillon, eau de riz laudanisée, sulfate de quinine 50 centigrammes.

31 mai. Même situation du malade. L'état saburral persiste ainsi que la fièvre. Température : matin, 39° ; soir, 39°,2. Prescription : Bouillon, sulfate de soude 30 grammes, sulfate de quinine 0 gr. 50.

Du premier au trois juin, l'état du malade ne s'améliore pas sans s'aggraver. La fièvre persiste. Prescription : Bouillon, lait, eau de riz, sulfate de quinine 0 gr. 50.

3 juin. Le malade se plaint d'une douleur légère dans la région hépatique. Pas de douleur dans l'épaule droite. La percussion du foie faite avec soin fait constater une augmentation légère de cet organe. Vomissements. Même température. Prescription : Lait, soupe, glace, vésicatoire à la région hépatique, sulfate de soude 10 grammes, sulfate de quinine 0 gr. 50. Potion extrait de quinquina 2 grammes, teinture de canelle 2 grammes.

4 juin. Même état, même prescription.

5 juin. La douleur dans la région hépatique persiste. Vomissements bilieux extrêmement abondants. Agitation très grande.

Prescription : Bouillon, eau de riz, calomel 1 gr., sulfate de quinine 0 gr. 50.

6 juin. Même état. Même prescription. Potion de Rivière.

7 juin. Les vomissements cessent. Les selles deviennent sanglantes. Prescription : bouillon, eau albumineuse, macération d'ipéca, 2 demi-lavements amylacés et laudanisés à 10 gouttes.

8 juin. Le sang est rendu en très grande quantité. Ce sang a une couleur lie de vin et semble contenir un peu de pus. Prescription : Bouillon, jus de viande, 1 œuf, eau albumineuse, macération d'ipéca n° 2, 2 demi-lavements avec amidon, laudanum 10 gouttes et acide phénique 2 gouttes.

9 juin. Selles toujours très abondantes, ne contiennent pour ainsi dire que du sang. Même prescription : potion laudanum 20 gouttes.

10 juin. Même état du malade qui est très affaibli. On donne une potion tonique. Décédé le 11 juin, à 2 h. 30 du matin.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée 14 heures environ après la mort. Par ordre nous n'avons pu pratiquer que l'ouverture de la cavité abdominale.

L'estomac, le pancréas et la rate n'offrent rien de particulier à noter. Le foie au premier aspect ne dépasse pas le rebord des fausses côtes, Mais en introduisant la main vers la cavité thoracique, on constate

qu'il remonte très haut dans cette cavité et qu'il a considérablement refoulé le poumon droit surtout en arrière. A la face concave du foie nombreuses adhérences avec le péritoine.

En disséquant on met à nu un abcès superficiel qui se trouve vers le milieu de la face inférieure et qui a l'aspect d'une vaste ulcération. Cet abcès communique avec l'intestin et on remarque que les vaisseaux sont à nu. Après avoir détaché le foie, nous constatons son énorme volume, sa coloration lie de vin, et enfin sur la face supérieure une tâche jaune ocre un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs qui se prolonge d'un demi-centimètre dans l'épaisseur du tissu du foie et crie à la coupe par le scalpel. En faisant des coupes sur cet organe, nous mettons subitement à nu une vaste cavité de laquelle s'échappent des flots de pus, et située à la partie tout à fait postérieure de la face inférieure du foie. La vésicule biliaire contient un liquide jaune ocre. Elle est petite et ratatinée.

Quant à l'intestin, nous avons vainement cherché sur lui une trace d'ulcération. Cet organe est parfaitement sain dans toute sa longueur. Il est un peu exsangue. Le petit intestin contient une matière verte porracée, tandis que le gros intestin contient une grande quantité de matière molle jaune comme du lait à moitié digéré.

Observation n° 5 : *Abcès du foie.* — L'autopsie nous a encore permis de révéler l'intégrité complète de l'intestin. Debailleux Charles, 24 ans, né à Paris, soldat d'infanterie de marine, 22 mois de colonie. A fait trois entrées à l'hôpital pour embarras gastrique.

1er août 1881. — Teinte subictérique de la peau et des conjonctives. Peu d'émaciation. Pas de nausées ni de vomissements. Langue saburrale pâteuse. Pas de diarrhée, ni de douleur abdominale. Se plaint d'une pesanteur douloureuse dans le côté droit, sans correspondance à l'épaule. A la percussion, matité depuis le mamelon jusqu'à deux travers de doigts au-dessous des fausses côtes. La matité dépasse le creux épigastrique de deux travers de doigts. Température : matin, 38°4 ; soir,

39°. Prescription : Lait, sulfate de quinine, 0 g. 50, 6 ventouses scarifiées à la région hépatique.

2 août. Même état du malade. Température : matin, 38°3 ; soir, 39°. Prescription : Eau de riz, calomel 0 gr. 60 en 6 paquets, onction mercurielle belladonée, cataplasmes, 1 pilule d'opium, 0 gr. 05.

3 août. Même état, même prescription. Température : matin, 38°8 ; soir, 39°2.

4 août. 3 Selles vertes, même état du malade. Température : matin, 39°1 ; soir, 39°6. Prescription : Eau de riz, eau de sedlitz 1 verre, sulfate de quinine 0 gr. 30 (bis), vésicatoire à la région hépatique.

5 août. Le malade se plaint d'une douleur pongitive et d'un battement aigu dans l'espace intercostal (7e et 8e). Température : matin, 39° ; soir, 39°2, même prescription que la veille.

6 août. 3 Selles grises. Température : matin, 39° ; soir, 39°2. Prescription : Crême de riz, eau de riz, eau de sedlitz 1 verre, sulfate de quinine 30 centigrammes (bis), pansement du vésicatoire à la morphine.

7 août. Même état. Température : matin, 38°1 ; soir, 38°8. Même prescription que la veille.

8 août. Sueurs profuses, faiblesse générale, tendance à la lypothymie, 4 selles, liquides grisâtres, tympanisme abdominal, gêne respiratoire, pas de signe de maladie des poumons. Température : matin, 37°3 ; soir, 39°. Prescription : Jus de viande, eau de riz, potion avec teinture de canelle 20 gouttes, Madère 100 grammes, lavement avec assa fœtida 2 grammes, sirop de codéine 30 grammes.

9 août. Chloroformisation, ouverture de l'abcès par le procédé Stromayer-Little, issue d'une quantité de pus considérable. Prescription : 3 jus de viande, 3 quart de vin vieux, glace, eau de seltz, potion teinture de canelle 20 gouttes et Madère 200 grammes, pansement : drain, coton phéniqué, lavages phéniqués.

10 août. Plaie bon aspect, hoquet continuel. Température : matin, 38°4 ; soir, 38°4 ; 10 heures du soir, 40°. Prescription : 3 jus de viande, ration de vin vieux, viande grillée, glace, même pansement.

11 août. Plaie bon aspect, hoquet persistant. Température : matin, 39°2 ; soir, 39°4. Prescription : Même régime, même pansement. Soir, potion avec teinture de digitale 30 gouttes, eau 100 grammes, lavement avec camphre 1 gramme et assa fœtida 1 gramme, potion avec chloral 4 grammes.

12 août. Le hoquet continue, un peu de météorisme ; de la bile s'écoule par la plaie. Température : matin : 38°8 ; soir, 39°. Prescription : La même que la veille, chloral 6 grammes.

13 août. Le malade a bien dormi, le hoquet qui avait cessé la nuit a repris au jour, la plaie laisse couler du pus mêlé à du tissu hépatique. Température : matin, 38°6, soir, 39°4. Même prescription, 10 pilules avec valérianate de zinc, extrait de quinquina, extrait de gentiane 1 gramme de chaque, extrait de belladone 10 centigrammes. En prendre 3.

14 août. Le malade a bien dormi, pas de hoquet, 6 ou 7 selles bilieuses. Température : matin, 38°2 ; soir, 39°. Même prescription.

15 août. Même état le matin. Température 37° 1 ; le soir élévation de la température à 40°. Même prescription.

16 août. Respiration gênée. Percussion : En arrière légère matité en bas, bruit tympanique au dessus. Auscultation : œgophonie, râles bulleux, signes de piopneumo-thorax, pas de crachats purulents. Température 37° 6 ; soir, 38°4. Régime à volonté, ventouses scarifiées à la partie postérieure du thorax. Même prescription du reste.

17 août. Même état de la poitrine. A 4 heures du matin le malade a présenté des phénomènes ataxiques, subdélirium avec jactitation, machonnement, dilatation de la pupille, plus tard convulsions. Au moment de la visite, le pansement est devenu impossible, sueurs profuses, nez pincé, extrémités froides. Température matin, 36° 8 ; 4 h. du soir, 37° 3 ; 8 h. du soir, 38°.

Prescription : A celle de la veille on ajoute une potion avec sulfate de soude 10 grammes, sirop d'écorces d'oranges 30 grammes, hydrolat de menthe 20 grammes.

18 août. Le malade est calme, mais très affaibli. Température matin,

37° ; soir, 40°4. Même prescription, on supprime le sulfate de soude.

19 août. Même état. Température matin, 38° 2 ; soir, 40° 2. Même prescription.

20 août. Température matin, 39° ; soir, 39° 6. Même prescription.

Décédé le 21 août à 6 heures du matin.

Autopsie. — Le foie hypertrophié présentait les diamètres suivants : ligne mamelonaire, 35 centimètres, ligne sternale, 15 centimètres, bord antérieur, 27 centimètres. Le lobe gauche était sain, adhérences nombreuses avec le diaphragme. Le lobe droit ne formait qu'une poche énorme entourée de petits abcès non ouverts, cette poche communiquait avec la cavité pleurale remplie de pus. Le poumon droit était entièrement ratatiné. L'intestin était sain dans toute sa longueur. Le péritoine était légèrement hypérémié. Près du foie la séreuse présentait un épaississement notable et des adhérences avec cet organe. La rate était hypertrophiée. Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Vu le certificat délivré par M. Castan, censeur de la thèse, je la déclare bonne à imprimer.

Montpellier, le 19 juin 1883.

Le Doyen,
BENOIT.

Vu :
Le Recteur d'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale

Application de l'électricité en médecine.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

De la gangrène au point de vue pathologique.

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

De la sécrétion urinaire.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Des tumeurs blanches scrofuleuses et rhumatismales et les moyens de les différencier.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De l'infanticide.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

Du siége de la fécondation dans l'espèce humaine.

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens?

Titre de la Thèse à soutenir

De la dysenterie des pays chauds dans ses rapports avec les maladies du foie.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✡, ✲ . . . . . DOYEN
CASTAN . . . . . } ASSESSEURS
COMBAL . . . . . }

PROFESSEURS

Opérations et appareils,	MM. BOUISSON, O. ✡, ✲, D. HONORAIRE
Pathologie externe,	BOYER, ✡.
Accouchements,	DUMAS, ✡.
Clinique médicale,	DUPRÉ, ✡, C. ✲.
Anatomie,	BENOIT, ✡, ✲.
Clinique chirurgicale,	COURTY, ✡.
Clinique médicale,	COMBAL, ✡, ✲.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER, ✡.
Physique médicale,	MOITESSIER, ✡.
Anatomie pathologique et histologie,	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie,	JAUMES.
Clinique chirurgicale,	DUBRUEIL, ✡.
Chimie médicale et Pharmacie,	ENGEL
Hygiène,	BERTIN-SANS.
Pathologie médicale,	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	PLANCHON, ✡, ✲.
Physiologie, chargé du cours,	LANNEGRACE.

MM. MARTIN, O. ✡, FONSSAGRIVES, O. ✡, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS

Clinique des maladies des enfants,	MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards,	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	CHALOT.
PÉCHOLIER.	BIMAR.
HAMELIN.	LANNEGRACE.
GRYNFELTT.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✡.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	

M. F. J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN, *Président;*
COMBAL, *Professeur;*
BIMAR, HAMELIN, } *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque!

6961 Toulon. — Imp. A. Isnard et Cie, boulevard de Strasbourg, 56.